

5. Козин, В. М. Радиосорбционные свойства оксидата торфа / В. М. Козин // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – Витебск: ВГМУ, 2005. – С. 93-97.

6. Биологическая активность фукоиданов из бурых водорослей и перспективы их применения в медицине / Т. А. Кузнецова [и др.] // Антибиотики и химиотерапия. – 2004. – Т. 49, № 5. – С. 24-29.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СИСТЕМ ГЕМОСТАЗА, АНТИГЕМОСТАЗА И ФИБРИНОЛИЗА ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТАДИИ ПСОРИАЗА

Козина Ю.В.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Клиника и патогенез псориаза характеризуются двумя основными компонентами: пролиферативным воспалением дермы и аномалиями дифференцировки эпидермиса [3]. Воспалительный процесс заключается в инфильтрации кожи различными лейкоцитами, в основном Т-лимфоцитами, макрофагами, моноцитами, а также нейтрофилами [1]. При этом иммунокомпетентные клетки выделяют различные вещества, обладающие провоспалительными свойствами (интерлейкины, хемокины, интерфероны), а также молекулы, вызывающие неоваскуляризацию (ангиогенез) и появление фенестрированных капилляров [4].

В настоящее время установлено, что различные формы воспаления, особенно пролиферативные с хроническим течением, сопровождаются рядом изменений в системах гемостаза, антигемостаза и фибринолиза [2]. Эти системы посредством своих ферментов и их ингибиторов могут оказывать регулирующее влияние на факторы роста (эпидермальный, сосудисто-эндотелиальный, фактор роста фибробластов, тромбоцитов и др.), которые во многом определяют состояние пролиферативного воспаления кожи. С другой стороны, ряд цитокинов иммунокомпетентных клеток (ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-8, ФНО и др.), могут оказывать разностороннее влияние на состояние систем гемостаза, антигемостаза и фибринолиза [5].

Научные данные свидетельствуют о функциональной взаимосвязи воспаления с системами гемостаза, антигемостаза и фибринолиза, а также их участия в регуляции агрегативного (гелеобразного), тромбофилического состояния крови в кровеносных сосудах.

Однако комплексное исследование этих систем, с учетом стадийности псориатического процесса, не проводилось. Данные предпосылки и явились целью настоящего исследования.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 15 больных распространенным торпидным псориазом со среднетяжелым поражением кожного покрова (средний индекс PASI - 20,0) в прогрессирующей стадии заболевания. Возраст пациентов составлял 27 - 60 лет (мужчин - 10, женщин - 5). Контрольная группа - 20 здоровых доноров от 27 до 40 лет.

Плазменный гемостаз исследовали определением активиро-ванного частично тромбопластинного времени (АЧТВ), протромбинового времени

(ПТВ), тромбинового времени (ТВ), и фибриногена (Ф). Антигемостаз оценивали по антитромбину III (АТIII) и протеину С (ПрС). Фибринолитическую систему характеризовали по спонтанному эуглобулиновому лизису (СЭЛ), растворимым фибрин-мономерным комплексам (РФМК) и Д-димерам.

Результаты исследования. Представленные данные свидетельствуют об изменениях в системах гемостаза, антигемостаза и фибринолиза у больных псориазом в прогрессирующей стадии заболевания (табл.).

Таблица - Показатели систем гемостаза, антигемостаза и фибринолиза у больных в прогрессирующей стадии псориаза

Показатель	Больные (n=15)	Контрольная группа (n=20)	Критерий Стьюдента (p)
АЧТВ, сек	28,4±1,70	32,5±1,32	p<0,05
ПТВ, сек	13,3±0,31	13,0±0,54	p>0,05
ТВ, сек	21,47±0,45	20,0±0,51	p>0,05
Фибриноген, г/л	3,24±0,36	2,65±0,81	p<0,05
МНО, сек	1,01±0,02	0,97±0,03	p>0,05
АТ III, %	113,0±20,0	105,0±35,0	p>0,05
Протеин С, %	88,96±8,62	100,0±4,0	p>0,05
СЭЛ, мин	333,2±21,12	210,0±30,0	p<0,05
РФМК, г/л×10 ²	12,06±2,64	2,0±0,21	p<0,05
Д-димеры, нг	172,0±17,73	250,0±40,0	p<0,05

В плазменном гемостазе это проявляется снижением активности ферментной системы в тесте АЧТВ (активированное частично тромбопластиновое время) и повышением содержания фибриногена (на 15 %), без существенных отклонений протромбинового и тромбинового времени. В системе фибринолиза также отмечаются разнонаправленные отклонения. Так, в системах спонтанного эуглобулинового лизиса и растворимых фибрин-мономерных комплексов отмечается увеличение этих показаний соответственно на 58%-63%. Одновременно содержание Д-димеров снижается на 32%. Наиболее постоянными (в пределах нормы), в группе обследуемых пациентов, были показатели, характеризующие систему антигемостаза (антитромбин III и протеин С). Однако при более детальном, индивидуальном анализе полученных результатов выявлены три группы пациентов по уровню активности антитромбина III. У первой группы (7 человек) обнаружено снижение функциональной активности антитромбина III (32,5-78%); во второй (3 человека) - активность антитромбина III была повышена (202-274%) , а в третьей группе (5 человек) его активность колебалась в пределах нормальных значений (98,6-135%). По содержанию фибрин-мономерных комплексов пациенты разделились на две группы: первая (7 человек) характеризовалась повышением их количества (от 17,5 до 26г/л), а вторая (8 человек) их снижением в пределах нормальных значений (от 2,5 до 5,0 г/л).

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о вариабельности состояния гемостаза, антигемостаза и фибринолиза у больных псориазом в период прогрессирования заболевания, что указывает на целесообразность продолжения

исследований в этом направлении для выявления механизмов патогенеза заболевания и поиска новых путей его лечения.

Литература:

1. Иммуноморфологические исследования Т-лимфоцитов в коже больных псориазом / А.М. Вавилов [и др.] // Вестн. дерматол. – 2000. – № 4. – С. 4-5.
2. Евстафьев, В.В. Нарушение систем гемостаза у больных псориазом по данным электрокоагулографических исследований / В.В. Евстафьев, В.А. Лосева, М.М. Левин // Вестн. дерматол. – 1984. – №5. – С. 9-62.
3. Клинические рекомендации. Дерматовенерология / под ред. А.А. Кубановой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – С. 38-52.
4. Мордовцев, В.Н. Псориаз (патогенез, клиника, лечение) / В.Н. Мордовцев, Г.В. Мушет, В.И. Алчбанова. – Кишинев: ШТИИИЦА, 1991. – С. 86-128.
5. Шилов В.Н. Псориаз - решение проблемы (этиология, патогенез, лечение) / В.Н. Шилов. – М.: Издательство В.Н. Шилов, 2001. – 304 с.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕСТНОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ДЕРМАТОЛОГИИ

Козловская В.В.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Фотодинамическая терапия (ФДТ) предназначена для лечения опухолевых или предраковых заболеваний кожи и основана на фотохимической реакции, происходящей вследствие взаимодействия фотосенсибилизирующих веществ (фотосенсибилизаторов – ФС), света и кислорода [1].

ФС может вводиться внутривенно, внутрь или же применяться наружно. В России и странах СНГ применяются внутривенные препараты для лечения раков кожи и тяжелых форм псориаза. В Беларуси также недавно создан новый препарат Фотолон, успешно конкурирующий с зарубежными ФС по эффективности и стоимости. За рубежом же более широкое применение получили местные ФС, применение которых, к сожалению, ограничено их высокой стоимостью.

Опыт применения данного препарата получен во время стажировки в г. Флоренция (Италия). Стажировка проходила под руководством профессора Торелло Лотти и осуществлялась в рамках деятельности Международного Общества Дерматологов.

Наиболее часто применяемыми местными ФС являются 5-аминолевулиновая кислота (АЛА) и метиламинолевулинат (МАЛ). АЛА – гидрофильная молекула с малым весом. Она проникает в клетку с помощью трансмембранного механизма с использованием бета-аминокислот. МАЛ, в отличие от АЛА – липофильная молекула, которая использует как глициновую транспортную систему для проникновения в клетку, так и пассивную трансмембранную диффузию. МАЛ в клетке трансформируется в АЛА. МАЛ доступен в виде крема (Метвикс) с концентрацией 16.8%. На данный момент препарат зарегистрирован в более чем в 14 странах.

Большинство клеток нашего организма могут трансформировать АЛА или МАЛ в порфирины. Клетки опухоли накапливают порфирины в большей степени,